

Consentimiento informado

Uso de medio de contraste en resonancia magnética

Fecha:

Nombre y Apellidos del Paciente:

Información recibida por el paciente:

Declaro haber sido debida y completamente informado sobre todos los aspectos concernientes al procedimiento que he decidido realizarme; en términos que he podido comprender, lo siguiente:

Usted se va a realizar una Resonancia Magnética que puede requerir uso de medio de contraste endovenoso, por lo tanto es absolutamente necesario que usted lea este documento y lo firme si está de acuerdo o no.

Los medios de contraste (MC) se utilizan para mejorar el rendimiento diagnóstico de los exámenes, sin el cual, muchas veces la sensibilidad y especificidad de los exámenes disminuye severamente. Es necesario por tanto, que usted conozca la información necesaria de los medio de contraste, antes de hacer uso de ellos.

Los MC se usan en radiología desde hace muchos años, y estos han ido cambiando con el tiempo al igual como ha ido cambiando la forma de realizar estos exámenes, que han ido incorporando las mejoras tecnológicas que se han producido.

Los MC para resonancia magnética se utilizan para modificar la interacción del organismo frente a campos magnéticos intensos. Todos los contrastes para resonancia magnética utilizan átomos de gadolinio a diferencia de los tradicionales que utilizan yodo.

Los contrastes que usan gadolinio presentan muy baja frecuencia de reacciones alérgicas o adversas, estas últimas correspondiendo a efectos no deseados no mediados por el mecanismo de las alergias. Mundialmente se han reportado desde el año 1997 algunos casos de Fibrosis Sistémica Nefrogénica inducida por el gadolinio, y que ocurre en pacientes portadores de insuficiencia renal avanzada.

Clínica Reñaca incorpora desde el año 2006 el uso de medios de contraste con Gadolinio para su empleo en inyección endovenosa. Actualmente en Clínica Reñaca se usa medios de contrastes no iónicos, correspondiendo a Gadodiamida (Omniscan™) y Gadoterato Meglúmina (Dotarem™).

Clínica Reñaca ha adoptado las recomendaciones del Colegio Americano de Radiología (ACR) y de la Sociedad Europea de Radiología Urogenital (ESUR), diseñando e implementado un método de pesquisa de pacientes que puedan pertenecer a un grupo de riesgo de sufrir una reacción adversa, tanto por reacciones de tipo "alérgico" como por alteración de función renal, lo que se realiza desde el momento en que el paciente solicita hora por vía telefónica, hasta el momento previo del examen, siendo inclusive necesario que todo paciente llene una acabada encuesta previo al examen, y en algunos casos definidos, se cuente con un examen de sangre (creatininemia), el que no puede tener una antigüedad mayor de 6 semanas.

Con las medidas anteriores podemos identificar pacientes con mayor potencial de sufrir una reacción adversa en cuyo caso los pacientes identificados en estos grupos deben realizar una preparación específica consistente en el uso de medicamentos para evitar o disminuir significativamente la posibilidad de sufrir una reacción adversa, o incluso enfrentarnos a la imposibilidad de usar medio de contraste.

La gran mayoría de las reacciones adversas en resonancia magnética son simples, y se resuelven rápidamente bajo el cuidado apropiado. Muy rara vez estas reacciones adversas son serias, para lo cual Clínica Reñaca cuenta con el material, personal capacitado y procedimientos claramente definidos para enfrentarlas.

La inyección del medio de contraste a todo paciente se realiza respetando las indicaciones del fabricante y cumpliendo rigurosamente las normas clínicas del Departamento de Radiología de Clínica Reñaca y del Ministerio de Salud.

Las reacciones adversas al medio de contraste ocurren por una interacción del organismo del paciente con el medio de contraste, en la cual no intervienen otros factores, no dependiendo del lugar donde sean administrados ni por quien. Por lo tanto una reacción adversa puede ocurrir en cualquier lugar donde el paciente reciba algún medio de contraste.

Médico o profesional que realiza el procedimiento:

(Estos campos deben ser llenados por el profesional responsable del procedimiento)

Diagnóstico del Paciente:

Nombre y Apellidos del Profesional (se acepta timbre con sus datos): Cédula de Identidad del Profesional:

Firma del Profesional responsable del procedimiento:

Consentimiento:

Declaro haber entregado a mi médico tratante en forma veraz, completa y fidedigna toda la información vinculada a mi estado de salud e historia clínica.

Declaro que se me ha informado en lenguaje claro y sencillo en qué consiste el procedimiento o intervención indicado, incluyendo sus objetivos, características, beneficios y riesgos que presenta para mi estado de salud (o la de mi representado). El profesional que me ha atendido me ha permitido realizar preguntas y aclarar todas mis dudas libremente.

Se me ha explicado que puedo arrepentirme y anular este consentimiento antes de que se realice el procedimiento o intervención, para lo cual deberé solicitar el documento de "Revocación o rechazo de Consentimiento Informado".

Libre y voluntariamente **AUTORIZO** la realización del procedimiento o intervención indicado.

Nombre Paciente:

Cédula de Identidad:

Firma Paciente:

Completar solo en caso de menores de edad o incapacidad del paciente:

Nombre Representante Legal o Responsable:

Cédula de Identidad:

Firma Representante Legal o Responsable: